



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2014

Meine Hände schmerzen so sehr!

Rüst, Christoph A ; Rosemann, Thomas ; Knechtle, Beat

Abstract: We present the case of a 48-year-old man complaining of pain in his hands. In a first step, a two-sided carpal tunnel syndrome was found, and in the further course of the disease an acromegaly. The combinations of carpal tunnel syndrome, impaired glucose tolerance and radiological findings in the area of the sella turcica were the clues for the diagnosis of acromegaly.

DOI: <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a001855>

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-102134>

Journal Article

Accepted Version

Originally published at:

Rüst, Christoph A; Rosemann, Thomas; Knechtle, Beat (2014). Meine Hände schmerzen so sehr! *Praxis*, 103(24):1465-1468.

DOI: <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a001855>

Gesundheitszentrum St. Gallen und Institut für Hausarztmedizin der Universität
Zürich

C.A. Rüst, T. Rosemann, B. Knechtle

Meine Hände schmerzen so sehr!

My Hands Hurt so Much!

Im Artikel verwendete Abkürzungen

Anti-CCP	Antikörper gegen citrullinierte Proteine
CT	Computertomographie
HGH	Human Growth Hormone, Somatotropin
IGF-1	Insulin Growth Factor
MRI	Magnetic Resonance Imaging
TIA	Transitorische ischämische Attacke

Anamnese und Befunde

Der 48-jährige Bankangestellte meldet sich wegen zunehmender Schmerzen beider Hände beim Hausarzt. Er beschreibt es als Schmerzen der Fingergelenke - eine Art ‚Knochenschmerzen‘ - und es komme zu einem Knacken beim Bewegen der Finger. Die Finger würden immer dicker gegen Abend, die Gelenke seien heiss, dick und geschwollen und der Ehering passe nicht mehr.

Er beschreibt es als ein Kribbeln und Schmerzen in den radialen drei Fingern nach einer schweren körperlichen Belastung vor drei Wochen. In der letzten Zeit sei es zu einer deutlichen Zunahme der Symptomatik in der Nacht gekommen mit Übergreifen auf alle Finger, wobei der Schlaf erheblich gestört ist. Die anhaltenden Missempfindungen der rechten Hand seien belastungsabhängig.

In der persönlichen Anamnese des Patienten sind ein St. nach Operation einer lumbalen Diskushernie L4/L5 und L5/S1 mit interspinöser Stabilisation, ein St. nach Operation von Nasenpolypen vor 20 Jahren, ein St. nach Entfernung eines gutartigen Hauttumors am rechten Daumen sowie ein Nikotinabusus bekannt.

Im Status erscheinen die Finger beider Hände eher rot, dick und feucht (Abbildung 1). Es lassen sich eine Hypästhesie im Versorgungsgebiet des n. medianus links und eine Dysästhesie im Versorgungsgebiet des n. medianus rechts nachweisen. Der Phalantest ist beidseits positiv. Daneben fallen schwach auslösbare Muskeleigenreflexe an der oberen Extremität sowie ein nicht auslösbarer Patellarsehnenreflex auf

Differentialdiagnostische Überlegungen

Wegen der Schmerzen beider Hände die vom Patienten primär als ‚Knochenschmerz‘ bezeichnet wurden, bestand der Verdacht auf eine rheumatoide Arthritis. Es erfolgte eine Bildgebung wobei ein konventionelles Handröntgen beidseits sowie eine Sonographie der Handgelenke geplant war um ein Frühstadium einer rheumatoiden Arthritis zu erkennen. Der Radiologe schlug dann aber ein MRI vor um in einer Bildgebung einen krankhaften Knochenprozess zu finden. Im MRI der Hände ergab sich einzig ein Ganglion im Bereich der Beugesehnen nahe des Metakarpophalangealgelenks III von 7 mm und ein zweites kleineres Ganglion im Bereich der Beugesehnen des Köpfchens des Os metakarpale IV. Zum Ausschluss einer entzündlichen oder gar infektiösen Arthritis wurden etliche Laborwerte (Serologie auf Borrelien, Campylobacter, Yersinien, Parvovirus, Rubella, Hepatitis, sowie Rheumafaktor und Anti-CCP) bestimmt die alle negativ ausfielen.

Zusätzlich wurde ein neurologisches Konsilium eingeholt mit der Frage nach einem beidseitigen Karpaltunnelsyndrom. Die Messung der Nervenleitgeschwindigkeit ergab ein mittelschweres sensomotorisches demyelinisierendes Karpaltunnelsyndrom links sowie ein leichtes sensomotorisches demyelinisierendes Karpaltunnelsyndrom rechts.

Weitere Abklärungsschritte und Verlauf

Aufgrund des elektrophysiologisch nachgewiesenen Karpaltunnelsyndroms beidseits erfolgte die problemlose Neurolyse des n. medianus beidseits wobei die Beschwerden des Patienten nicht vollständig verschwanden.

Im weiteren Verlauf musste der Patient notfallmässig hospitalisiert werden wegen plötzlich aufgetretener Hypästhesien links. Die stationäre Abklärung ergab eine TIA im vertebro-basilären Strömungsgebiet. Gleichzeitig wurden auch neu eine gestörte Glukosetoleranz sowie eine gestörte Nüchtern-Glukose nachgewiesen. Das CT des Schädels im Rahmen der TIA ergab den Zufallsbefund einer zystischen Raumforderung sellär links von maximal 1 cm Durchmesser. Im Rahmen der weiteren Abklärung der TIA waren eine Doppler-Untersuchung der hirnzuströmenden Gefässe sowie eine Echokardiographie zum Ausschluss eines persistierenden Foramen ovale unauffällig. Anschliessend wurde der Patient wieder entlassen.

Beim Hausarzt liess die Kombination von einem Befund im Bereich der Sella, einem beidseitigen Karpaltunnelsyndrom sowie einer neu aufgetretenen Störung des Glukosestoffwechsels den Verdacht auf eine Akromegalie bei Hypophysenadenom aufkommen. Die erhöhten Werte für IGF-1 und HGH bestätigten die Diagnose (Tabelle 1). Die Indikation zur transsphenoidal endoskopisch navigierten Resektion des Adenoms war gegeben.

Der postoperative Verlauf war problemlos. Das Riechen war postoperativ sogar besser als präoperativ.

Zwei Tage nach dem Eingriff zeigten die Finger bereits eine Tendenz zur Abnahme der Schwellung. Er bemerkte wieder Falten über den Gelenken und der Fingerdurchmesser zwischen den Gelenken wurde kleiner als der Durchmesser der Gelenke. Er konnte auch wieder die Haut auf dem Handrücken und am Arm zwischen die Finger nehmen, was vorher nicht ging. Die Frau bemerkte dass er in der Nacht nicht mehr so schnarchte wie vorher. Bei der Wiederaufnahme der Arbeit bei der Bank bemerkte er dass der Hemdkragen wieder grösser geworden ist. Das Schwitzen hat nachgelassen, und er hat keine glänzende Stirne und keine nasse Oberlippe mehr. Im weiteren Verlauf ging der Ruhepuls runter, er verlor 3 kg an Gewicht und die Schmerzen an den Händen gingen weg. Zusätzlich fiel der erhöhte Wert für IGF-1 wieder in den Normbereich (Tabelle 1).

Diagnose

Akromegalie mit/bei

- 1 cm grosses Makroadenom der Hypophyse
 - o mit St. nach Operation eines beidseitigen Karpaltunnelsyndroms
 - o mit St. nach gestörter Glukosetoleranz und gestörter Nüchternglukose
 - o mit St. nach TIA im vertebro-basilären Strömungsgebiet

Kommentar

Die Anamnese für Beschwerden im Rahmen der Akromegalie ergab dass dem Patienten über die Jahre eine Vergrösserung der Finger aufgefallen sei, indem ihm der Ehering nicht mehr passte. Im Verlauf der Jahre hat er auch bei den Schuhen eine grössere Schuhnummer gebraucht. Im Vergleich mit früheren Fotoaufnahmen seien Nase und Ohren grösser geworden.

Bei dieser Symptomatik ist ein Frühstadium einer rheumatoiden Arthritis die häufigste Ursache und bei zusätzlicher Angabe von "Knochenschmerzen" wäre in der Praxis ein Röntgenbild beider Hände der erste Abklärungsschritt. Der konsultierte Radiologe schlug aber ein MRI beider Hände vor. In unserem Patienten fiel dem Radiologen bei der Durchführung des MRI beider Hände nichts an der Knochenstruktur oder den Gelenken auf. Jedoch können Frühsymptome der Akromegalie in der Bildgebung erkannt werden. Im Frühstadium der Akromegalie kann eine Ausdünnung der peripheren Nerven an der Hand nachgewiesen werden, ebenso wie eine Verdickung der Retinakula [1]. Bereits die Handchirurgin erwähnt in ihrem Bericht die relativ ‚prankenhaften‘ Hände und zitiert den Patienten der grössere Schuhe und einen grösseren Motorradhelm benötigte. Abbildung 2 zeigt die Hand des Patienten im Vergleich zur Hand eines Mannes ohne Akromegalie.

Das Karpaltunnelsyndrom ist die häufigste periphere Neurokompression und kann ganz verschiedenen Ursachen haben. Meistens sind Frauen und Menschen über 40 Jahre betroffen [2]. In einem Kollektiv von 15'802 untersuchten Patienten wurde eine rheumatoide Arthritis als häufigste Ursache bei Menschen über 40 Jahre gefunden [2]. Daneben finden sich als weitere Risikofaktoren noch Gicht, arterielle Hypertonie, Diabetes, Übergewicht, Urämie, sowie Akromegalie [2]. Bei Menschen unter 40 Jahren wurden nebst diesen Erkrankungen noch Hypothyreose und Vitamin B₆-Mangel als weitere Risikofaktoren gefunden [2].

Die Diagnose der Akromegalie ist und bleibt schwierig. Reid et al. haben 324 Fälle über den Zeitraum von 1981 bis 2006 untersucht [3]. Das Intervall zwischen den ersten Symptomen bis zur Diagnose dauerte um 5-6 Jahre. Zum Zeitpunkt der Diagnose hatten rund 96% der Patienten schon Veränderungen des Gesichts sowie eine Vergrösserung von Händen oder Füssen. Eine Reihe von zusätzlichen Erkrankungen wie arterielle Hypertonie (37%), Karpaltunnelsyndrom (24%), Schlafapnoe (13%), Arthrose (25%) sowie Diabetes mellitus (18%) lag bereits vor. Auch unser Patient entwickelte eine Veränderung des Gesichts. Abbildung 3 zeigt das Gesicht des Patienten mit einer Vergrößerung der Gesichtszüge sowie einer relativ grossen Nase und relativ grossen Ohren.

Eher akute Komplikationen der Akromegalie wie Karpaltunnelsyndrom, Schwitzen und obstruktiven Schlafapnoe sind in der Regel leicht reversibel nach der Behandlung. Chronische Komplikationen wie Bluthochdruck, Diabetes und Herzerkrankungen sind allerdings weniger leicht korrigierbar nach der Behandlung [4]. Im vorliegenden Fall ging das Schwitzen zurück und das Schnarchen nahm ab.

Key messages

- Das Karpaltunnelsyndrom ist eine häufige periphere Nervenkompression und kann ein Hinweis auf eine Akromegalie sein
- Die Kombination von beidseitigem Karpaltunnelsyndrom, neu entdeckter gestörter Glukosetoleranz und einem Befund im Bereich der Sella sollte den Verdacht auf eine Akromegalie lenken

Zusammenfassung

Wir stellen den Fall eines 48-jährigen Mannes zusammen der sich beim Hausarzt wegen Schmerzen der Hände meldete. In einem ersten Schritt wurde ein beidseitiges Karpaltunnelsyndrom nachgewiesen, im weiteren Verlauf dann eine Akromegalie. Karpaltunnelsyndrom, gestörte Glukosetoleranz sowie ein radiologischer Befund im Bereich der Sella waren die Hinweise für die Diagnose der Akromegalie.

Schlüsselwörter

Karpaltunnelsyndrom - Glukosestoffwechselstörung

Verdankung

Wir danken dem Patienten dass er sich für die Fotos zur Verfügung gestellt hat

Korrespondenzadresse

PD Dr. med. Beat Knechtle
Facharzt FMH für Allgemeinmedizin
Gesundheitszentrum St. Gallen
Vadianstrasse 26
9001 St. Gallen
Switzerland

Telefon +41 (0) 71 226 82 82

Telefax +41 (0) 71 226 82 72

e-mail beat.knechtle@hispeed.ch

Bibliographie

4. Holdaway IM, Rajasoorya C. Epidemiology of acromegaly. *Pituitary* 1999;2:29-41.
3. Reid TJ, Post KD, Bruce JN, Nabi Kanibir M, Reyes-Vidal CM, Freda PU. Features at diagnosis of 324 patients with acromegaly did not change from 1981 to 2006: acromegaly remains under-recognized and under-diagnosed. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2010;72:203-208.
1. Tagliafico A, Resmini E, Ferone D, Martinoli C. Musculoskeletal complications of acromegaly: what radiologists should know about early manifestations. *Radiol Med* 2011;116:781-792.
2. Tseng CH, Liao CC, Kuo CM, Sung FC, Hsieh DP, Tsai CH. Medical and non-medical correlates of carpal tunnel syndrome in a Taiwan cohort of one million. *Eur J Neurol* 2012;19:91-7.